


## FORMULAIRE D'ADHÉSION AU TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS

### Identification du fournisseur

Nom :	
Adresse :	
Ville et province :	
Code postal :	
Personne ressource à la comptabilité :	
No de téléphone :	No de télécopieur :

### Transmission de l'avis de paiement désiré

 Par courrier électronique	Adresse électronique :
---	------------------------

### Autorisation du fournisseur

Par la présente, j'autorise le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale à déposer les sommes dues au compte spécifié sur le spécimen de chèque ci-joint

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
*Date*                                      *Nom en lettres moulées*                                      *Signature*

### Identification de l'institution financière

Nom de la caisse ou de la banque :	
Adresse :	
Ville et province :	
Code postal :	
No de l'institution :	No de transit ou de succursale :
Folio ou no de compte de banque :	

**Important : joindre un spécimen de chèque avec la mention « ANNULÉ »**